



Pacific Dental Hygiene Clinic Información y Consentimiento del Paciente

Bienvenido a Pacific Dental Hygiene Clinic. Estamos comprometidos a proveerle un servicio comprensivo de higiene dental conforme a las normas de cuidado dental y saber sus necesidades.

Para su salud, y la salud de otros, el uso del tabaco no se permite en el Hillsboro Campus de Pacific University.

Como paciente, usted tiene los siguientes **Derechos:**

1. A recibir un servicio comprensivo de higiene dental basado a sus necesidades individuales.
2. A ser informado sobre los problemas significantes que se aparezcan y el tratamiento dental que necesite.
3. A presentarle un plan de tratamiento y el costo.
4. A ser informado de los beneficios y riesgos del tratamiento y de las alternativas del tratamiento.
5. A ser tratado con un ambiente limpio y seguro.
6. A ser examinado con un grado razonable de privacidad en referente a su expediente médico y su salud oral.
7. A esperar que mi archivo se mantenga confidencial.
8. A ser aconsejado si usted requiere tratamiento dental adicional.
9. A ser referido para tratamiento dental que no pueda ser proveído en esta clínica.
10. A ser tratado con consideración, respeto y dignidad.
11. A pedir acomodación razonable si usted tiene alguna deshabilidad.
12. A evaluar el tratamiento que recibió por una encuesta confidencial
13. A hablar con el personal de la clínica si usted está des satisfecho con su tratamiento
14. A optar por no tener imágenes biométricas (fotos intraorales o radiografías) utilizadas con fines educativos.

Como paciente, usted tiene las siguientes **Responsabilidades:**

1. Ser conscientes de otros pacientes y visitantes.
2. A proveer información completa de su estado de salud y de cuidado dental anterior.
3. A llegar a tiempo a su cita y estar quedarse durante (4horas) la cita y ser flexible con los horarios de los estudiantes y la clínica
4. A dar 48 horas de anticipación si usted no puede mantener su cita.
5. Ser responsable financieramente por todo el cuidado recibido.
6. A participar en su tratamiento siguiendo las recomendaciones para el cuidado de casa.
7. Hacer preguntas cuando no se entiende.
8. Notificar al personal de la recepción de algún cambio en su expediente.
9. De seguir con las referencias para consultas médicas o dentales.
10. A mantener toda comunicación entre paciente y proveedor a un nivel profesional.
11. Notificar a la personal si elijo no tener imágenes biométricas (fotos intraorales o radiografías) utilizadas.

Pacific Dental Higiene Clinic reserva el derecho de rechazar el tratamiento si la condición médica del paciente contradice el tratamiento dental de rutina, el paciente rechaza radiografías, el paciente no coopera con las recomendaciones del tratamiento o el paciente no llena las necesidades educativas de los estudiantes.

Pacific Dental Higiene Clinic reserva el derecho a despedir al paciente cuando dos o más citas son canceladas sin notificación de 48 horas o si el paciente no se presenta para citas programadas. Si es despedido, usted tendrá la oportunidad de establecerse de nuevo después de haberse presentado a 2 citas de espera (sin garantía que se le atenderá). Es posible que en el primer o segundo intento no se presente una cancelación, pero esto le dará la oportunidad de reestablecerse como paciente en nuestra clínica.

Al completar el formulario de admisión de paciente y seleccionar el método de comunicación preferido para las citas, usted es consciente del riesgo involucrado con el uso de comunicaciones inseguras con el proveedor de Pacific Dental Hygiene Clinic y confirma que el uso es aceptable. Usted reconoce el riesgo de usar comunicaciones inseguras, tales como mensajes de correo electrónico y mensajería de texto SMS, y que la información de salud protegida puede ser interceptada sin garantía de confidencialidad de la cita.

Todos los pacientes serán referidos a su proveedor de salud dental para el tratamiento adicional. Somos una institución de enseñanza y nuestros servicios no son para remplazar el cuidado dental comprensivo de su dentista. Es posible que no podamos proceder con las visitas rutina debido a las necesidades educativas de nuestros estudiantes.

TODO EL TRATAMIENTO DENTAL SERA PROPORCIONADO POR ESTUDIANTES DE HIGIENE DENTAL BAJO DIRECTA SUPERVISION DE HIGIENISTAS DENTAL Y DE DENTISTAS AUTORIZADOS.

Al firmar este consentimiento yo estoy de acuerdo y reconozco que e leído los derechos y responsabilidades del paciente.

Firma del Paciente (Padre/Guardián-legal) _____ Fecha _____